

Kraków, dnia.....

.....  
imię i nazwisko

.....  
PESEL

.....  
Stosunek przedstawiciela ustawowego do małoletniego  
(np. ojciec/matka )

## **Oświadczenie przedstawiciela ustawowego pacjenta w wieku od 16 do 18 roku życia**

*Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego pacjenta w wieku od 16 do 18 lat*

Oświadczam, że wyrażam zgodę na konsultację lekarską, badania diagnostyczne bez ingerencji w integralność fizyczną pacjenta (np. USG), a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich.

w dniu .....(data usługi medycznej) bez obecności przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego nw pacjenta małoletniego dla .....  
(imię i nazwisko małoletniego pacjenta, PESEL lub data urodzenia)

.....  
(miejsowość, data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie )

.....  
(miejsowość, data i czytelny podpis osoby przyjmującej oświadczenie )